

ISURÁ

INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF ULTRASOUND
FOR REGIONAL ANESTHESIA & PAIN MEDICINE

TEMAS LIVRES

Perioperative Anesthesia Reports — PAR

Editor-Chefe: Vinícius Caldeira Quintão – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Coeditora: Laís Helena Navarro e Lima – University of Manitoba, Manitoba, Winnipeg, Canada

Editores Associados

Claudia Marquez Simões – Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), SP, São Paulo, Brasil

Guilherme Antonio Moreira de Barros – Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Maria José Carvalho Carmona – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brazil

Mariana Fontes Lima Neville – Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Vanessa Henriques Carvalho – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Conselho Editorial

Adilson Hamaji – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

André Prato Schmidt – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil

Brenno Cardoso Gomes – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brazil

Bruno Emanuel Oliva Gatto – Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brazil

Bruno Francisco de Freitas Tonelotto – Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, Brazil

Carlos Darcy Bersot – Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

Carolina Baeta Neves Duarte Ferreira – Hospital Moriah, São Paulo, SP, Brazil

Cecilia Nobre – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brazil

Cristiane Tavares – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brazil

Durval Campos Kraychete – Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brazil

Eduardo Henrique Giroud Joaquim – AC Camargo, São Paulo, SP, Brazil

Eliane Soares – Grupo SAM/ Rede Mater Dei de Saúde, Belo Horizonte, MG, Brazil

Erick Freitas Curi – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brazil

Fabio Luis Ferrari Regatieri – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), SP, Brazil

Faye Evans – Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Federico Bilotta – Sapienza Università Di Roma, Roma, RM, Italy

Felipe Pinn de Castro – Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, Brazil

Felipe Souza Thyrso de Lara – Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, Santos, SP, Brazil

Fernando Souza Nani – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Gabriel Magalhães Nunes Guimarães – Universidade de Brasília (UnB), Brasília, Distrito Federal, DF, Brazil

Guilherme Henryque da Silva Moura – Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, Brazil

Guinther Giroldo Badessa – Beneficência Portuguesa, São Paulo, SP, Brazil

Heleno de Paiva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brazil

Joana Berger-Estilita – University of Bern, Bern, Switzerland

Joana Borges Marques – Hospital das Forças Armadas, Pólo Porto, Porto, Portugal

João Manoel Silva Júnior – Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, SP, Brazil

José Osvaldo Barbosa Neto – Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), São Luis, MA, Brazil

Lorena Ibiapina Mendes de Carvalho – Hospital Unimed Primavera, Teresina, PI, Brazil

Luis Vicente Garcia – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brazil

Marcelo Vaz Perez – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brazil

Márcio Matsumoto – Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, Brazil

María Carolina Cabrera Schulmeyer – Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Matheus Fachini Vane – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brazil

Mauricio Luiz Malito – Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

Olympio de Hollanda Chacon Neto – Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), São Paulo, SP, Brazil

Paulo Gabriel de Melo Brandao – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brazil

Pedro Amorim – Hospital Geral de Santo António, Porto, Portugal

Pedro Ferro Lima Menezes – Centro Universitário CESMAC, Maceió, AL, Brazil

Pedro Hilton de Andrade Filho – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

Regiane Xavier Dias – Serviços Médicos de Anestesiologia (SMA), Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, Brazil

Rodrigo Leal Alves – Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brazil

Rodrigo Moreira e Lima – University of Manitoba, Manitoba, Winnipeg, Canada

Escritório Editorial: Mel Ribeiro – Managing Editor

par.saesp.org.br

Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo – SAESP

Presidente: Felipe Thyrsó

Vice-presidente: Cláudia Simões

Primeiro secretário: Eduardo Giroud

Segundo secretário: Luis Vicente Garcia

Diretora científica: Vanessa Carvalho

Vice-diretor científico: Guilherme Barros

Diretor de pesquisa científica e inovação: Marcello Salgado

Diretora de apoio ao ensino: Livia Prado

Diretor de defesa profissional: Guinther Badessa

Diretor tesoureiro: Maurício Malito

Diretor de relações internacionais: Marcelo Vaz Perez

Vice-diretor de relações internacionais: Marcio Matsumoto

Diretor de qualidade e segurança do paciente: Gustavo Tsuha

Diretora de eventos: Carolina Baeta

Diretora de comunicação: Fernanda Paes

www.saes.org.br

International Symposium of Ultrasound for Regional Anesthesia and Pain Medicine

ISURA

Coordenador geral: Philip Peng

Comissão organizadora

Felipe Souza Thyrso de Lara – SAESP

Durval Campos Kraychete – LASRA

Hazem Adel Ashmawi – Anestesiologia USP

Comissão científica nacional

Thiago Ramos Grigio

Pedro Paulo Kimachi

Leonardo Henrique Cunha Ferraro

Olympio de Hollanda Chacon Neto

Bruno Francisco de Freitas Tonelotto

Sumário

1000 — Desafios e sucessos no tratamento de queimaduras de 3º grau: relato de caso	2
<i>Fernanda Nascimento Costa; Cinthia Passos Damasceno; Adeli Mariane Vieira Lino Alfano; Gabriel Almeida Gomes; Pedro Soares Narciso</i>	
1001 – Bloqueio da fáscia ilíaca em paciente com fratura de tíbia e síndrome compartimental: um relato de caso	3
<i>Isaque Donizett Silva de Souza; Willian Moriaki Tomikawa; Clovis Teixeira de Souza Junior; Augusto Lopes de Meneses</i>	
1002 – Associação de bloqueio eretor da espinha lombar e ciático parassacral. O uso da anestesia regional como alternativa para cirurgia de desarticulação de quadril e sepultamento de veia e artéria femoral: relato de caso*	4
<i>Caio Rafael Pires Lucas; Bruno Farah Patta Carvalho; Lino Correa Dias</i>	
1006 – Bloqueio bilateral do nervo occipital maior para tratamento de cefaleia após punção dural inadvertida: relato de caso	5
<i>Rodrigo Da Cruz Filho; Caio Rafael Pires Lucas; Sergio Mariano Zuazo; João Victor Cordasso Oliveira</i>	
1009 – Bloqueio do plano transversal abdominal posterior no controle da dor aguda na recuperação pós-anestésica: relato de caso	6
<i>Rafaella Figueiredo Vieira Santos; Matheus Rodrigues Moraes; Luisa Emanuela Henriques; Paulo Cesar de Sousa</i>	
1010 – Bloqueio regional guiado por ultrassom para implante de marcapasso em paciente pediátrico: relato de caso	7
<i>Thais Basso Mimoto; Rebecca Renata Lapenda do Monte; Rannier Ferreira Mendes; Débora Oliveira Silva; Norma Sueli Pinheiro Módolo</i>	
1011 – Neuropatia de nervo ulnar por posicionamento cirúrgico: um relato de caso	8
<i>Ana Clara Ribeiro; Cinthia Passos Damasceno</i>	
1014 – Bloqueio da fáscia ilíaca suprainguinal associado ao bloqueio PENG para tratamento de fratura de fêmur em paciente de alto risco cardíaco: um relato de caso	9
<i>Gabriella Santos de Oliveira; Ranain Santos Conceição; Claudia Marquez Simões; Lucas Lopes Coelho</i>	
1005 – Dor neuropática pós-traumática de punho: abordagem intervencionista – relato de caso	11
<i>Fernanda Nascimento Costa; Deborah Paula Gomes; Adeli Mariane Vieira Lino Alfano; Joao Victor Magliari Haddad; William Hideki Nishimura</i>	
1012 – Bloqueio de gânglio estrelado guiado por ultrassonografia – série de casos	12
<i>Douglas Rodrigues de Oliveira; Gabriella Santos de Oliveira; Raoni Imada Tibiriçá; Marcelo Vaz Perez</i>	
1013 – Série de casos clínicos – Protocolo intervencionista de bloqueios periféricos, simpáticos e ganglionares guiado por ultrassonografia para manejo de cefaleia refratária	13
<i>Douglas Rodrigues de Oliveira; Gabriella Santos de Oliveira; Marcelo Vaz Perez; Raoni Imada Tibiriçá</i>	
1003 – Avaliação ultrassonográfica gástrica no pré-operatório de usuários de agonistas de GLP-1 e suas implicações para a prática anestésica: uma revisão narrativa	15
<i>Felipe Souza Thyrsso de Lara; Arthur Cesar Pacheco Lopes; Renato Carvalho Gil de Menezes; Emidio Neto Dias da Silva Neto</i>	

ISURA

INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF ULTRASOUND
FOR REGIONAL ANESTHESIA & PAIN MEDICINE

Anesthesia Regional

Desafios e sucessos no tratamento de queimaduras de 3º grau: relato de caso

Fernanda Nascimento Costa; Cinthia Passos Damasceno; Adeli Mariane Vieira Lino Alfano; Gabriel Almeida Gomes; Pedro Soares Narciso

Hospital São Camilo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Introdução: Este relato descreve o caso de um paciente masculino de 60 anos, natural da Coreia do Sul, com antecedente de diabetes mellitus, dislipidemia, hiperuricemia e hipertensão arterial sistêmica, e que apresentou queimadura de 3º grau na mão direita.

Relato de caso: O paciente, pesando 91 kg e com altura de 1,74 m, queixou-se de queimadura na palma da mão direita 6 horas antes, resultante de acidente com máquina industrial. O exame físico revelou lesão que envolvia epiderme, derme e exposição da musculatura flexora palmar. O diagnóstico foi de queimadura de 3º grau, e o paciente foi programado para debridamento cirúrgico da mão direita sob anestesia geral balanceada e bloqueio periférico. Ao início da cirurgia, foi realizado bloqueio do plexo braquial (via infraclavicular) com ropivacaína 0,375% 20 ml. Ao final do procedimento, foi instalado um cateter plexular tunelizado na mesma via, instalando-se uma bomba de analgesia controlada pelo paciente (4 ml/h contínuo e bolus de 8 ml, com segurança de 30 min). O paciente permaneceu com o cateter e bomba de PCA por 34 dias, passando por oito procedimentos cirúrgicos adicionais, incluindo debridamentos e enxertia. O controle algico foi considerado satisfatório, resultando em alta hospitalar após 39 dias do trauma.

Discussão: Este caso ilustra a importância do manejo adequado da dor em pacientes com queimaduras extensas, destacando-se a eficácia da analgesia multimodal e o uso de cateteres periféricos para controle algico prolongado. O relato evidencia a relevância da abordagem cirúrgica e do controle algico em queimaduras de 3º grau, contribuindo para a recuperação do paciente e melhoria na qualidade de vida.

Referências

1. Rosenquist RW, Rosenberg JM. Regional anesthesia and analgesia for burn patients. *Anesthesiol Clin North Am.* 2003;21(1):83-95.
2. Pereira C, Barrow RE, Herndon DN. The use of pain medications and sedatives in pediatric burn patients: a 10-year review. *Burns.* 2004;30(5):481-7.

Palavras-chave: Bloqueio regional; bloqueio infraclavicular; queimadura.

Bloqueio da fáscia ilíaca em paciente com fratura de tíbia e síndrome compartimental: um relato de caso

Isaque Donizett Silva de Souza; Willian Moriaki Tomikawa; Clovis Teixeira de Souza Junior; Augusto Lopes de Meneses

Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil

Resumo

Introdução: O bloqueio da fáscia ilíaca é uma técnica de anestesia regional que envolve a injeção de anestésico local no compartimento da fáscia ilíaca. Habitualmente, é utilizado no manejo da dor pós-operatória em cirurgias de quadril e fêmur, analgesia adjuvante em cirurgias de tíbia, e em combinação com anestesia geral.

Relato de caso: A.J., masculino, 46 anos, trazido pelo SAMU vítima de queda de moto em trauma de média energia cinética, admitido na sala de emergência do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) consciente e orientado, respirando em ar ambiente, hemodinamicamente estável, com imobilização de membro inferior esquerdo. Fratura de tíbia diagnosticada através de raio X no serviço de origem. Comorbidades: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) prévio há 3 anos com angioplastia. Medicamentos em uso: atenolol, clopidogrel (irregular). Paciente relatou que, no dia anterior à cirurgia, fez uso de clopidogrel. Realizada fasciotomia de perna esquerda. Realizada fixação externa em membro inferior esquerdo (MIE). Paciente submetido a anestesia geral balanceada, considerando o uso prévio de clopidogrel. Para analgesia pós-operatória adicional, optou-se pelo bloqueio da fáscia ilíaca. O bloqueio foi realizado em abordagem suprainguinal realizada sob imagem guiada por ultrassonografia, com posicionamento do paciente em decúbito dorsal e a assepsia rigorosa da região inguinal. O transdutor foi posicionado transversalmente abaixo da espinha ilíaca anterossuperior para identificar o músculo sartório, o músculo ilíaco e a fáscia ilíaca que o recobre; a artéria ilíaca circunflexa profunda e os nervos femoral e cutâneo femoral lateral foram observados como marcos. A agulha foi inserida em plano, visando o espaço entre a fáscia ilíaca e o músculo ilíaco. Após aspiração negativa, o anestésico local, ropivacaína a 0,5%, foi injetado em alíquotas de 1–2 ml totalizando 40 ml, observando-se sua disseminação na fáscia ilíaca. A avaliação da dor pós-operatória foi realizada de maneira indireta por meio da mensuração do consumo de analgésicos, comparando com o que seria esperado apenas com a anestesia geral e demonstrou significativo sucesso nesse objetivo.

Discussão: O bloqueio da fáscia ilíaca, ao anestesiar os nervos femoral, cutâneo lateral da coxa e obturatório, proporciona analgesia regional eficaz nessa área, complementando a anestesia geral e permitindo um controle mais abrangente da dor.

Referências

1. Wambold D, Carter C, Rosenberg AD. The fascia iliaca block for postoperative pain relief after knee surgery. *Pain Pract.* 2001 Sep;1(3):274-7.
2. Yun MJ, Kim YH, Han MK, Kim JH, Hwang JW, Do SH. Analgesia before a spinal block for femoral neck fracture: fascia iliaca compartment block. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2009 Nov;53(10):1282-7.

Associação de bloqueio eretor da espinha lombar e ciático parassacral. O uso da anestesia regional como alternativa para cirurgia de desarticulação de quadril e sepultamento de veia e artéria femoral: relato de caso*

Caio Rafael Pires Lucas; Bruno Farah Patta Carvalho; Lino Correa Dias

Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Resumo

Introdução: Procedimentos cirúrgicos em pacientes com comorbidades graves, como doenças cardiovasculares e renais, ou em uso de anticoagulantes, representam um desafio anestésico importante. A anestesia regional oferece vantagens significativas nesse cenário, como estabilidade hemodinâmica, menor risco de complicações pulmonares e analgesia eficaz. Em cirurgias como a desarticulação de quadril com ligadura de vasos femorais, a complexa inervação da região – oriunda dos plexos lombar e sacral – deve ser cuidadosamente abordada.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 75 anos, 120 kg, com histórico de DM2, DAOP, DRC dialítica, DAC, ICFER (30%), flutter atrial, em uso crônico de isordil, apixabana e cilostazol, entre outras medicações. Internado por sepse de foco cutâneo (necrose de coto de amputação supragenicular. Realizados procedimentos de desbridamento e embolectomia, sem sucesso. Indicada desarticulação de quadril com sepultamento de artéria e veia femoral. Aos exames, apresentava leucocitose (25.000), anemia (Hb 9,6), Cr 4,4 (TFG 13,3), INR 1,6. Na sala cirúrgica, encontrava-se sonolento, confuso, PA 100x70 mmHg, SatO₂ 92% com cateter nasal (2l/min O₂). Realizada monitorização padrão, sedação leve (midazolam 2 mg + fentanil 50 mcg) e anestesia regional com bloqueio do plano do eretor da espinha lombar em L3 (ESP) e bloqueio ciático via parasacral com ultrassonografia, utilizando 20 ml de ropivacaína a 0,5% em cada bloqueio. A técnica apresentou analgesia eficaz, sem instabilidade hemodinâmica. Durante o fechamento da pele, apresentou dor leve em borda medial da incisão inguinal que foi resolvida pela infiltração de 5 ml de lidocaína a 1%. Encaminhado a CTI eupneico com cateter de O₂ (2l/min), estável hemodinamicamente e sem drogas vasoativas. Não houve complicações anestésicas no período perioperatório.

Discussão: A técnica combinada de ESP lombar e bloqueio ciático parasacral foi escolhida por ser uma forma segura de abranger o plexo lombossacral, promovendo analgesia adequada e reduzindo riscos associados a anestesia geral ou neuroeixo, especialmente diante de disfunção cardíaca e coagulopatia leve (INR 1,6). A falha analgésica em região inguinal foi atribuída à ausência de bloqueio das raízes L1 (nervos ílio-hipogástrico e ilioinguinal), o que sugere que a associação das técnicas bloqueou as raízes de L2 a S5, sendo efetiva para realização da cirurgia. Conclui-se que a anestesia regional é uma importante ferramenta em cirurgias de pacientes de alto risco.

Referências

1. Campbell S, Chin KJ. Erector spinae block: beyond the torso. Curr Opin Anaesthesiol. 2022;35(5):600-604.
2. Taha AM. A simple and successful sonographic technique to identify the sciatic nerve in the parasacral area. Can J Anaesth. 2012 Mar;59(3):263-7.

Palavras-chave: Bloqueio do nervo periférico; músculo eretor da espinha; plexo lombossacral.

*Artigo escolhido como o Melhor Tema Livre apresentado durante o ISURA 2025.

Bloqueio bilateral do nervo occipital maior para tratamento de cefaleia após punção dural inadvertida: relato de caso

Rodrigo Da Cruz Filho; Caio Rafael Pires Lucas; Sergio Mariano Zuazo; João Victor Cordasso Oliveira

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP), Ribeirão Preto, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Introdução: A cefaleia pós-punção dural (CPPD) é uma complicação comum após procedimentos neuroaxiais, resultante do extravasamento de líquido pela lesão na dura-máter. O tratamento convencional inclui hidratação, analgésicos e cafeína, mas casos refratários demandam alternativas. O bloqueio do nervo occipital maior (BONO) guiado por ultrassonografia surge como opção eficaz para o alívio da dor.

Relato de caso: Paciente feminina, 35 anos, 50 kg, sem comorbidades, submetida a cirurgia endoscópica de coluna devido a dor crônica gerada por discopatia lombar L5-S1 sob anestesia peridural e sedação. Durante a primeira punção lombar, ocorreu punção dural inadvertida com formação de fístula liquórica. Nova punção foi realizada com sucesso em seguida, optado pelo modo *singleshot*. Após alta, seis dias após, apresentou cefaleia occipitofrontal intensa, ortostática, refratária a tratamento convencional (hidratação, dipirona 2 g 6/6h, cetoprofeno 100 mg 12/12h, dexametasona 10 mg/dia e cafeína 600 mg/dia). Optou-se pelo bloqueio bilateral do nervo occipital maior guiado por ultrassom, utilizados 7 ml de levobupivacaína 0,25% e 15 µg de clonidina em cada topografia. A escala visual analógica reduziu de 9/10 para 0/10 após 10 min do procedimento. A paciente permaneceu internada por 24 horas para observação e recebeu alta assintomática, com orientações quanto a sinais de alerta e acompanhamento pelo serviço de anestesiologia. O termo de consentimento livre e esclarecido foi devidamente assinado.

Discussão: A CPPD resulta da perda de líquido, causando tração nas estruturas intracranianas e dor típica ortostática. O BONO tem demonstrado eficácia no alívio rápido da dor ao bloquear fibras sensitivas occipitais, sendo seguro e de fácil execução guiado por ultrassonografia. Este relato corrobora estudos prévios que sugerem o bloqueio como tratamento eficaz para cefaleia pós-punção dural refratária, oferecendo alternativa minimamente invasiva quando os tratamentos convencionais falham.

Referências

1. Antunes MV, Moreira A, Sampaio C, Faria A. Punção Acidental da Dura e Cefaleia Pós-punção da Dura na População Obstétrica: Oito Anos de Experiência. *Acta Med Port.* 2016;29(4):268-74.
2. Uyar Türkyilmaz E, Camgöz Eryilmaz N, Aydın Güzey N, Moraloğlu Ö. Bilateral greater occipital nerve block for treatment of post-dural puncture headache after caesarean operations. *Braz J Anesthesiol.* 2016;66(5):445-50.

Palavras-chave: Ultrassonografia; bloqueio do nervo periférico; anestesia

Bloqueio do plano transversal abdominal posterior no controle da dor aguda na recuperação pós-anestésica: relato de caso

Rafaella Figueiredo Vieira Santos¹; Matheus Rodrigues Moraes²; Luisa Emanuela Henriques³; Paulo Cesar de Sousa⁴

¹Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

²Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

³Hospital Municipal Dr. Moyses Deutsch M'Boi Mirim, São Paulo, SP, Brasil

⁴Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Introdução: A dor aguda é uma queixa frequente na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA), impactando diretamente na satisfação e tempo de alta. Embora os opioides sejam amplamente utilizados, seus efeitos adversos, como náuseas e vômitos, limitam seu uso isolado. Nesse contexto, o bloqueio do plano transversal do abdome (TAP block), especialmente na abordagem posterior, tem se mostrado uma estratégia eficaz em cirurgias ginecológicas e abdominais, inclusive no manejo da dor aguda na SRPA.

Relato de caso: Paciente feminina, 37 anos, 63 kg, ASA II, não tabagista, submetida a miomectomia videolaparoscópica. Na avaliação pré-anestésica, negou comorbidades, mas relatou episódios prévios de vômitos no pós-operatório. Em consulta ao prontuário observou-se a opção pela anestesia geral balanceada realizando a indução com propofol (150 mg), remifentanil (0,05–0,18 mcg/kg/min) e cisatracúrio (10 mg), mantida com sevoflurano (1,5%). Foram administrados dexametasona (4 mg), dipirona (2 g), cetoprofeno (100 mg), ondansetrona (8 mg) e morfina (4 mg). A cirurgia transcorreu sem intercorrências, sendo encaminhada à SRPA sem queixas. Alguns minutos após, apresentou dor intensa (EVA 8), acompanhada de vômitos. Considerando escore Apfel 4 e refratariedade ao tratamento inicial, a equipe de anestesia regional acionada optou por realizar um TAP block posterior bilateral em decúbito dorsal, sob técnica asséptica, com bupivacaína com vasoconstritor 0,25% (20 ml em cada lado) e antiemético. Após 10 minutos, houve redução da EVA para 3 e melhora das náuseas. Recebeu alta da SRPA com EVA 0, mantendo EVA < 3 por 24 horas apenas com analgésicos simples, sem opioides de resgate.

Discussão: O TAP block posterior consolida-se como técnica eficaz na analgesia em cirurgias abdominais. Estudos demonstram maior duração da analgesia, menor consumo de opioides e maior satisfação em comparação à abordagem lateral. Mesmo quando realizado tardiamente, como neste caso, foi seguro e efetivo no controle da dor refratária e sintomas associados, reforçando sua aplicabilidade no pós-operatório imediato. Sua maior eficácia é atribuída à provável dispersão craniocaudal do anestésico com possível extensão ao espaço paravertebral, bloqueando ramos do sistema simpático toracolombar e promovendo analgesia somática e visceral. O TAP block posterior representa uma alternativa promissora e segura no controle da dor aguda na SRPA, com impacto positivo na recuperação e melhora da experiência pós-operatória.

Referências

1. Fusco P, Cofini V, Petrucci E, et al. Transversus abdominis plane block in the management of acute postoperative pain syndrome after caesarean section: a randomized controlled clinical trial. *Pain Physician*. 2016;19(8):583–591.
2. Abdallah FW, Laffey JG, Halpern SH, Brull R. Duration of analgesic effectiveness after the posterior and lateral transversus abdominis plane block techniques for transverse lower abdominal incisions: a meta-analysis. *Br J Anaesth*. 2013 Nov;111(5):721-35.

Palavras-chave: Anestesia regional; bloqueio nervoso periférico; dor pós-operatória

Bloqueio regional guiado por ultrassom para implante de marcapasso em paciente pediátrico: relato de caso

Thais Basso Mimoto; Rebecca Renata Lapenda do Monte; Rannier Ferreira Mendes; Débora Oliveira Silva¹; Norma Sueli Pinheiro Módolo

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Introdução: A anestesia regional periférica que inclui os bloqueios do plano eretor da espinha (ESP) e do plano transversal abdominal (TAP) guiados por ultrassonografia (USG) é uma técnica promissora, apresentando diversas indicações no perioperatório. Este trabalho relata uma aplicação dessa técnica na alocação do gerador na região abdominal em cirurgia de implante de marcapasso (MP) com toracotomia lateral para correção de bloqueio atrioventricular total (BAVT) em paciente pediátrico.

Relato de caso: Apesar de adequado ganho estatura-ponderal, paciente (1 ano, 9,8 kg) apresentava importantes sopros cardíacos. A investigação ecocardiográfica demonstrou transposição de grandes vasos anatomicamente corrigida, enquanto o eletrocardiograma indicou BAVT congênito, apontando a necessidade de cirurgia para implante de MP. A anestesia foi precedida por midazolam 1 mg endovenosa (EV), monitorização com oximetria de pulso, cardioscopia, pressão não invasiva e oferta de oxigênio em máscara facial. A indução anestésica antecedeu a intubação orotraqueal, com 25 mcg de fentanil, 40 mg de propofol, 10 mg de cetamina e 6 mg de rocurônio. Foram realizados os bloqueios ESP e TAP subcostal, com uso de agulha de bloqueio, guiados por USG, ambos à esquerda, sendo aplicada a hidrodissecção com 5 ml de soro fisiológico 0,9% e, em seguida, ropivacaína 0,2% 8 ml (ESP) e 5 ml (TAP), além dos adjuvantes dipirona, tramadol e anti-inflamatório não esteroidal. Após realizada a alocação do MP epicárdico unicameral cardíaco e do gerador em região abdominal, o paciente apresentou aumento da frequência cardíaca para 100 bpm e pressão arterial sistólica de 100 mmHg, seguido de extubação. O paciente não apresentou sinais clínicos de dor intra e pós-operatória, não apresentou complicações e não necessitou de analgesia com opioides de resgate, permanecendo um único dia em observação no leito de UTI. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pela mãe do paciente.

Discussão: A técnica cirúrgica para colocação do MP provoca estímulo doloroso considerável, sendo a anestesia e analgesia pós-toracotomia desafiadoras. Os bloqueios regionais TAP e ESP mostraram-se eficazes e seguros, pois promoveram o alívio da dor cirúrgica e forneceram condições ideais para recuperação do paciente, evidenciando a condução adequada do caso.

Referências

1. Pourkashanian A, Narayanan M, Venkataraju A. Bloqueio do plano do eretor da espinha: uma revisão de evidências atuais. Anaesthesia Tutorial of the Week [Internet]. 2019 Dec 3; 414:1-11. Disponível em: <https://resources.wfsahq.org/atotw/bloqueio-do-plano-do-erector-da-espinha-uma-revisao-de-evidencias-atuais/>. Acesso em: 20 de junho de 2025.
2. Long JB, Birmingham PK, De Oliveira GS Jr, Schaldenbrand KM, Suresh S. Transversus abdominis plane block in children: a multicenter safety analysis of 1994 cases from the PRAN (Pediatric Regional Anesthesia Network) database. Anesth Analg. 2014 Aug;119(2):395-399.

Palavras-chave: Implante de marcapasso; paciente pediátrico; plano eretor da espinha; plano transversal abdominal

Neuropraxia de nervo ulnar por posicionamento cirúrgico: um relato de caso

Ana Clara Ribeiro; Cinthia Passos Damasceno

Hospital Samaritano Higienópolis, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Introdução: A neuropraxia do nervo ulnar é uma lesão transitória que pode ocorrer após posicionamento cirúrgico prolongado, especialmente em procedimentos que exigem posições específicas que podem comprometer o nervo ulnar. Este relato de caso destaca a importância do adequado posicionamento cirúrgico e da estratégia analgésica para prevenir complicações pós-operatórias.

Relato de caso: Um paciente de 33 anos submetido a osteossíntese definitiva após trauma no cotovelo direito desenvolveu neuropraxia do nervo ulnar contralateral devido ao posicionamento prolongado em decúbito ventral. O tratamento incluiu medicamentos para controle da dor e acompanhamento cuidadoso, resultando em melhora completa da força muscular em 48 horas, com algumas parestesias residuais.

Discussão: A conclusão ressalta a necessidade de uma avaliação global do paciente, posicionamento adequado e acompanhamento perioperatório para diagnóstico precoce e tratamento eficaz de complicações.

Referências

1. Pulos BP, Johnson RL, Laughlin RS, Njathi-Ori CW, Kor TM, Schroeder DR, Warner ME, Habermann EB, Warner MA. Perioperative Ulnar Neuropathy: A Contemporary Estimate of Incidence and Risk Factors. *Anesth Analg*. 2021 May 1;132(5):1429-1437.
2. Hewson DW, Kurien T, Hardman JG. Postoperative ulnar neuropathy: a systematic review of evidence with narrative synthesis. *Br J Anaesth*. 2023 Jul;131(1):135-149.

Palavras-chave: Mão em garra; nervo ulnar; neuropraxia

Bloqueio da fáscia ilíaca suprainguinal associado ao bloqueio PENG para tratamento de fratura de fêmur em paciente de alto risco cardíaco: um relato de caso

Gabriella Santos de Oliveira; Ranain Santos Conceição; Claudia Marquez Simões; Lucas Lopes Coelho

Serviços Médicos de Anestesia (SMA), São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Introdução: Fraturas de fêmur em idosos são comuns e graves, com alta morbimortalidade. O tratamento cirúrgico precoce é preferencial, mas demanda cuidados em pacientes com comorbidades. Técnicas menos invasivas, cirúrgicas e anestésicas favorecem recuperação e alta precoce. Em pacientes com alto risco cardiovascular, bloqueios de neuroeixo podem ser contraindicados. Nesse cenário, bloqueios periféricos oferecem boa analgesia, menor instabilidade hemodinâmica e reduzem o uso de opioides. A associação do bloqueio da fáscia ilíaca suprainguinal ao bloqueio PENG surge como alternativa eficaz e segura para anestesia e analgesia em fraturas de fêmur em pacientes de alto risco.

Relato de caso: Paciente masculino, 95 anos, com diagnóstico de leucemia e hipertensão em uso de AAS e fludrocortisona, apresentou fratura transtrocanteriana à direita após queda da própria altura. Para tratamento da fratura foi optado por anestesia com sedação associado a bloqueio de fáscia ilíaca suprainguinal com uso de 20 ml de lidocaína a 2%, juntamente com o bloqueio PENG utilizando 20 ml de ropivacaína a 0,375%. Paciente apresentou estabilidade hemodinâmica durante todo o procedimento cirúrgico e adequada recuperação pós-operatória.

Discussão: Os bloqueios periféricos podem ser uma escolha assertiva em casos em que é essencial evitar hipotensão grave, que pode ser causada por bloqueios de neuroeixo ou durante anestesia geral, que podem acometer principalmente pacientes idosos, com alto risco cardíaco ou com escore de ASA elevado. Assim, nesse paciente classificado como idoso frágil e com elevado risco cardíaco, optou-se por anestesia regional com sedação para evitar instabilidade hemodinâmica intraoperatória, delirium pós-operatório e menor uso de opioide pós-operatório.

Referências

1. Bali C, Ozmete O. Supra-inguinal fascia iliaca block in older-old patients for hip fractures: a retrospective study. *Braz J Anesthesiol.* 2023 Nov-Dec;73(6):711-717.
2. Liang L, Zhang C, Dai W, He K. Comparison between pericapsular nerve group (PENG) block with lateral femoral cutaneous nerve block and supra-inguinal fascia iliaca compartment block (S-FICB) for total hip arthroplasty: a randomized controlled trial. *J Anesth.* 2023 Aug;37(4):503-510.

Palavras-chave: Bloqueio fáscia ilíaca supra inguinal; fratura de fêmur; PENG block

ISURÁ

INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF ULTRASOUND
FOR REGIONAL ANESTHESIA & PAIN MEDICINE

Medicina da Dor e Cuidados Paliativos

Dor neuropática pós-traumática de punho: abordagem intervencionista – relato de caso

Fernanda Nascimento Costa; Deborah Paula Gomes; Adeli Mariane Vieira Lino Alfano; Joao Victor Magliari Haddad; William Hideki Nishimura

Hospital São Camilo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Introdução: A dor neuropática crônica do punho, que pode ser secundária a lesões traumáticas e múltiplos procedimentos cirúrgicos, representa um desafio terapêutico. Nesses casos, a combinação de estratégias clínicas e intervencionistas são fundamentais para o controle da dor e melhora funcional.

Relato de caso: Paciente masculino, 33 anos, com dor crônica no punho direito desde 2012 após fratura de escafoide complicada com pseudartrose de escafoide, tratada inicialmente com artrodese de punho. Evoluiu com dor persistente, refratária ao tratamento clínico. Já foi submetido a neurotomia de nervo interósseo anterior, retirada de material de síntese da face volar do punho, microneurólise do nervo radial, bloqueio e neuromodulação de nervos radial e mediano no nível do antebraço, com resposta parcial. Foi submetido a nova abordagem intervencionista: radiofrequência pulsada (RFP) dos nervos radial, mediano e ulnar no antebraço; hidrodissecção do nervo radial em área sugestiva de aprisionamento à ultrassonografia; bloqueio do gânglio estrelado; e bloqueio do plexo braquial supraclavicular. O tratamento clínico foi mantido com pregabalina 150 mg 2x/dia, duloxetine 60 mg/dia e complexo B. Está em seguimento ambulatorial para avaliação da resposta à intervenção, sendo um possível candidato a implante de eletrodo para estimulação medular.

Discussão: Em casos complexos de dor neuropática, a associação de técnicas intervencionistas pode ser uma alternativa viável diante da falha terapêutica prévia. A identificação de pontos de aprisionamento neural com USG auxilia na definição terapêutica, guiando os locais a serem abordados. Bloqueios de nervos periféricos, bem como de plexos nervosos e de gânglios simpáticos, associados a RFP, permitem a atuação em múltiplos mecanismos da dor.

Referências

1. van Kleef M, Mekhail N, van Zundert J. Evidence-based guidelines for interventional pain medicine according to clinical diagnoses. *Pain Pract.* 2009 Jul-Aug;9(4):247-51.
2. Narouze SN. Ultrasound-guided interventional procedures in pain management: Evidence-based medicine. *Reg Anesth Pain Med.* 2010 Mar-Apr;35(2 Suppl):S55-8.

Palavras-chave: Dor neuropática; escafoide; pseudoartrose

Bloqueio de gânglio estrelado guiado por ultrassonografia – série de casos

Douglas Rodrigues de Oliveira¹; Gabriella Santos de Oliveira²; Raoni Imada Tibiriçá¹; Marcelo Vaz Perez¹

¹Serviço de Anestesiologia e Dor, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

²Serviços Médicos de Anestesia (SMA), São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Introdução: A síndrome dolorosa regional complexa é uma das condições mais debilitantes e de difícil manejo. O bloqueio do gânglio estrelado está indicado no tratamento dessa síndrome (tipos I e II) e outras síndromes álgicas de manutenção simpática em cabeça, pescoço, membros superiores e tórax. A utilização de ultrassonografia na abordagem do gânglio estrelado tem agregado segurança a esse procedimento.

Descrição de casos: Foram realizados pelo Grupo de Dor da Santa Casa de São Paulo bloqueios de gânglio estrelado com uso de ultrassonografia em sete pacientes com diagnóstico de síndrome dolorosa complexa regional unilateral em membro superior. Os referidos bloqueios foram executados após assepsia regional localizou-se a apófise transversa da sexta vértebra cervical (tubérculo de Chassaignac) com uso de transdutor convexo de ultrassonografia. Por meio dessa abordagem, foi injetada solução contendo 8 ml de bupivacaína sem vasoconstrictor a 0,125% e 50 mcg de fentanil com agulha 30x7 mm. Não ocorreram eventos adversos após os procedimentos. Os pacientes evoluíram com melhora da sintomatologia, recuperação da funcionalidade e melhora da qualidade de vida.

Discussão: O bloqueio do gânglio estrelado para tratamento da síndrome dolorosa complexa regional tem o benefício de reduzir a intensidade da dor com poucos eventos adversos. A técnica de bloqueio de gânglio estrelado guiada por ultrassonografia facilita a realização do mesmo, permitindo visualização e identificação de estruturas. Dessa maneira, é possível depositar a solução analgésica precisamente no local desejado acompanhando sua dispersão em tempo real, obtendo assim um bloqueio mais eficaz e mais seguro e com menor dependência de referências anatômicas. Essa abordagem promove redução de risco de complicações indesejáveis, especialmente por se tratar de um procedimento ambulatorial.

Referências

1. Helayel PE, da Conceição DB, de Oliveira Filho GR. Ultrasound-guided nerve blocks. Rev Bras Anesthesiol. 2007 Feb;57(1):106-23.
2. Tian Y, Hu Y, Hu T, Liu T, An G, Li J, Wang H, Xing J. Stellate Ganglion Block Therapy for Complex Regional Pain Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. Pain Physician. 2024 May;27(4):175-184.

Palavras-chave: Bloqueio de gânglio estrelado; série de casos; ultrassonografia

Série de casos clínicos – Protocolo intervencionista de bloqueios periféricos, simpáticos e ganglionares guiado por ultrassonografia para manejo de cefaleia refratária

Douglas Rodrigues de Oliveira¹; Gabriella Santos de Oliveira²; Marcelo Vaz Perez¹; Raoni Imada Tibiriçá¹

¹Serviço de Anestesiologia e Dor, Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

²Serviços Médicos de Anestesia (SMA), São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Introdução: A cefaleia é uma das queixas neurológicas mais prevalentes no mundo, afetando mais de 1 bilhão de pessoas globalmente. A enxaqueca, por si só, é responsável por mais de 45 milhões de anos de vida vividos com incapacidade (DALYs), sendo a segunda principal causa de incapacidade global em adultos jovens, segundo o Global Burden of Disease Study (2019).

Descrição de casos: Série de quatro casos em que se realizaram bloqueios nervosos periféricos, simpáticos e ganglionares guiados por ultrassonografia com Doppler para manejo de pacientes com cefaleia crônica refratária e dor intratável. Os pacientes evoluíram com melhora clínica, recuperação da funcionalidade e melhora da qualidade de vida.

Discussão: Mesmo com a aplicação rigorosa dos guidelines, até 30–40% dos pacientes com cefaleia crônica refratária não alcançam controle clínico satisfatório, permanecendo com dor intratável e abusando de analgésicos, incluindo opioides, com recorrência frequente de crises incapacitantes. Nesse contexto, a abordagem intervencionista multimodal guiada por ultrassonografia surge como uma alternativa promissora, segura e baseada em evidências para o manejo de cefaleias complicadas, com vantagens técnicas em relação a bloqueios tradicionais realizados por referência anatômica manual. Essa opção terapêutica promove melhor resposta clínica, reduz o uso de opioides, encurta internações e recupera funcionalidade em pacientes com cefaleia complicada.

Referências

1. Ashkenazi A, Levin M. Greater occipital nerve block for migraine and other headaches: is it useful? *Curr Pain Headache Rep.* 2007;11(3):231-235.
2. Dilli E, Hentz JG, Krafft RM. Occipital nerve injections: technique and evidence. *Curr Pain Headache Rep.* 2014;18(7):411.

Palavras-chave: Bloqueios simpáticos e ganglionares; cefaleia refratária; série de casos

ISURA

INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF ULTRASOUND
FOR REGIONAL ANESTHESIA & PAIN MEDICINE

Ultrasonografia Point of Care (POCUS)

Avaliação ultrassonográfica gástrica no pré-operatório de usuários de agonistas de GLP-1 e suas implicações para a prática anestésica: uma revisão narrativa

Felipe Souza Thyrso de Lara; Arthur Cesar Pacheco Lopes; Renato Carvalho Gil de Menezes; Emidio Neto Dias da Silva Neto

Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, Santos, SP, Brasil

Resumo

Um grande aumento no uso de agonistas do receptor do peptídeo-1, semelhante ao glucagon (GLP-1 RA), para obesidade e controle glicêmico tem provocado preocupações no contexto perioperatório, principalmente porque tais medicações têm a capacidade de retardar o esvaziamento gástrico e aumentar o risco de broncoaspiração, mesmo após o jejum preconizado. A ultrassonografia gástrica tornou-se uma ferramenta importante na avaliação pré-operatória personalizada desses pacientes, afetando diretamente as decisões anestésicas. O objetivo deste estudo foi analisar, por meio de uma revisão narrativa, se a ultrassonografia gástrica poderia ser usada como ferramenta de triagem pré-operatória em pacientes que usam GLP-1 RA, com foco nos efeitos que ela pode ter na anestesia e na segurança durante a cirurgia. Realizou-se uma busca no PubMed (de 2000 a 2025), sem filtros metodológicos, utilizando termos relacionados à ultrassonografia gástrica e agonistas do receptor de GLP-1. Foram incluídos estudos em inglês que abordassem o uso da ultrassonografia gástrica antes da cirurgia, como ela é usada na prática clínica, como ela afeta a anestesia e questões técnicas. Estudos que não se concentraram em USG não foram incluídos. Fontes extras foram utilizadas para tornar a discussão mais interessante. Dez artigos publicados entre 2023 e 2025 foram encontrados. Quanto aos critérios de inclusão, dois estudos prospectivos, dois artigos de opinião e dois relatos de caso foram aceitos. A ultrassonografia gástrica é uma ferramenta fácil de usar e reprodutível, que permite aos médicos tomarem decisões mais seguras sobre como manusear as vias aéreas em pacientes que usam GLP-1 RA. Seu uso é especialmente recomendado para pacientes sintomáticos em que a interrupção do fármaco não é possível. Houve sugestões de algoritmos institucionais para triagem ultrassonográfica pré-anestésica, mas há lacunas devido à falta de diretrizes formais ou estudos prospectivos mais robustos. A ultrassonografia gástrica deve fazer parte da avaliação pré-operatória de pacientes em uso de GLP-1 RA, mesmo após o jejum habitual, pois permite uma avaliação de risco mais personalizada e orienta o manejo anestésico seguro. É importante que as instituições padronizem os procedimentos e que os profissionais recebam mais treinamento, para que essa prática possa se tornar parte da rotina do anestesiológico.

Referências

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 16. Diabetes Care in the Hospital: Standards of Care in Diabetes-2025. *Diabetes Care*. 2025 Jan 1;48(1 Suppl 1):S321-S334.
2. Avraham SA, Hossein J, Somri F, Hawash N, Hochman O. Pulmonary aspiration of gastric contents in two patients taking semaglutide for weight loss. *Anaesth Rep*. 2024 Jan 14;12(1):e12278.

Palavras-chave: Anestesia; peptídeo-1 semelhante ao glucagon; ultrassonografia

ISURA

INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF ULTRASOUND
FOR REGIONAL ANESTHESIA & PAIN MEDICINE

TEMAS LIVRES

